

Score de Gleason : de quoi s'agit-il, quelle interprétation ?

Laurent Salomon*

Le score de Gleason est un score histopronostique du cancer de la prostate ; c'est le principal facteur pronostique du cancer de la prostate.

Principes sur lesquels repose le score de Gleason

Le tissu prostatique comporte plusieurs composants : un tissu glandulaire, un tissu musculaire lisse et un tissu stromal. Le cancer de la prostate est un adénocarcinome issu de la transformation tumorale des glandes prostatiques. En 1966, Donald Gleason (fig. 1), qui étudiait les tissus prostatiques des vétérans de l'armée américaine (VACURG), a décrit ce score qui définit le cancer de la prostate non plus au niveau cellulaire mais au niveau architectural (fig. 2).¹ Ce score est fondé sur 3 dogmes :

- au sein d'une même prostate, il peut exister plusieurs populations tumorales ;
- ces populations tumorales peuvent être de stade différent ;
- plus l'architecture de la glande est détruite, plus le pronostic est mauvais.

Gleason a ainsi défini une classification architecturale gradée de 1 à 5 : le grade 1 est pratiquement identique à la glande normale, et ne se distingue que par des modifications cellulaires, le grade 3 voit apparaître des petites glandes presque jointives, le grade 4 une destruction complète des glandes et la présence uniquement d'amas cellulaires tumoraux (fig. 2).

* Service d'urologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, 94010 Créteil, France.
laurent.salomon@hmn.aphp.fr



FIGURE 1 Donald Gleason.

Lorsque plusieurs populations tumorales différentes sont présentes au sein de la glande, le score de Gleason est alors la somme des grades des deux populations tumorales les plus fréquentes. Il peut aller ainsi de 2 (soit 1 + 1) noté 1-1 à 10 (soit 5 + 5) noté 5-5.

Révision du score et définition de l'agressivité

Redéfini en 2005 par l'International Society of Uro-Pathology (ISUP), le score de Gleason ne se constitue plus que de 3 grades allant de 3 à 5 et s'étend donc, en cas de populations tumorales différentes, de 3-3 (c'est-à-dire 6) à 5-5 (c'est-à-dire 10).²

Il permet de définir l'agressivité des tumeurs entre :

- les tumeurs de score de Gleason 6 (3-3), tumeurs peu différenciées et peu agressives ;
- les tumeurs de score de Gleason 7 (3-4 ou 4-3) moyennement différenciées, dans cette catégorie les tumeurs de score de Gleason 4-3 sont plus agressives que les tumeurs de score 3-4 ;

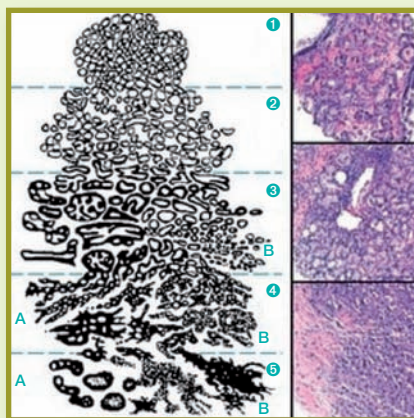


FIGURE 2 Les différents grades du Score de Gleason.

– les tumeurs regroupant les tumeurs de score de Gleason 8-9-10, tumeurs très indifférenciées et très agressives.

Ce score de Gleason s'applique à tout tissu tumoral prostatique, mais le mode de recueil de ce tissu donne lieu à une constitution différente de ce score :

- sur les biopsies de prostate qui ne reflètent qu'une partie de la glande prostatique, le score de Gleason est constitué sur chaque biopsie révélant de la tumeur par la somme du grade le plus représenté et du grade le plus péjoratif ;
 - sur la pièce de prostatectomie totale où l'ensemble du tissu prostatique est analysé, le score de Gleason est constitué comme la somme des grades des deux foyers les plus représentés. Avant traitement, le score de Gleason associé au stade clinique et au taux de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) permet de définir une classification dite de d'Amico permettant de distinguer :³
 - des tumeurs de bas risque (stade clinique T1c ou T2a et PSA < 10 ng/mL et score de Gleason des biopsies égal à 6) ;
 - des tumeurs de risque intermédiaire (stade clinique T2b ou T2c, ou PSA entre 10 et 20 ng/mL ou score de Gleason 7) ;
 - des tumeurs à haut risque (stade clinique T3 ou PSA > 20 ng/mL ou score de Gleason > 7).
- C'est à partir de ces éléments, complétés éventuellement par les résultats d'un bilan d'extension radiologique, que va se définir la stratégie thérapeutique.
- Dans tous les cas, le score de Gleason est (tel qu'il a été défini, score histopronostique) le principal sinon le plus puissant facteur pronostique du cancer de la prostate.●

RÉFÉRENCES

1. Gleason DF. Classification of prostatic carcinomas. Cancer Chemother Rep 1966;50:125-8.
2. Salomon L, Azria D, Bastide C, et al. Recommandations en onco-urologie 2010 : cancer de la prostate. Prog Urol 2010;4:S217-52.
3. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA 1998;280:969-74.

L. Salomon déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.